



Spett.le IAL Molise srl  
Via Ziccardi, 10  
86100 Campobasso

## DOMANDA ISCRIZIONE

Agenzia Formativa Accreditata con D.D. n. 347 del 11 settembre 2015

D.D. I° Dipartimento n. 80 del 16 novembre 2017

### PERCORSO FORMATIVO: TECNICHE DELL'OPERATORE DELL'ABBIGLIAMENTO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Residenza \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_

Attestati di qualifica (L.845/78) \_\_\_\_\_

Occupato/a  Disoccupato/a  Inoccupato/a

Attuale Occupazione/qualifica-mansione \_\_\_\_\_

\*Altre Mansioni \_\_\_\_\_ Data di assunzione \_\_\_\_\_ anni di anzianità lavorativa \_\_\_\_\_

Impresa/Azienda di appartenenza \_\_\_\_\_

Altre esperienze lavorative \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ . li \_\_\_\_\_ in fede

Autorizzo al trattamento dei dati come da disposizioni vigenti per la realizzazione del percorso formativo. Dichiaro inoltre ai sensi della 445/2000 che quanto sopra esposto corrisponde a vero.

\_\_\_\_\_ . li \_\_\_\_\_ in fede

**Allegati: Fotocopia documento di riconoscimento, fotocopia del titolo di studio, curriculum vitae Europeo, ed iscrizione ad uno dei Centri dell'Impiego della Regione Molise.**